Therapie des multiplen Myeloms Hohe Ansprechraten auf neue Substanzen bei refraktären Patienten

Bortezomib und Lenalidomid haben die Prognose beim multiplem Myelom (MM) in den letzten Jahren erheblich verbessert. Mittlerweile werden Proteasom-Inhibitoren und immunmodulatorische Substanzen (IMiDs) der zweiten bzw. dritten Generation erfolgreich bei rezidierten und refraktären MM-Patienten geprüft.

Mit dem Drittgenerations-IMiD Pomalidomid wurde eine Substanz entwickelt, die als derzeit potentestes IMiD zu betrachten ist, so Paul G. Richardson, Boston, MA/USA. Er präsentierte Daten einer Phase-II-Studie bei Patienten mit MM, die mindestens zwei Vortherapien erhalten hatten, darunter auch Bortezomib und Lenalidomid [Richardson PG et al. ASH 2011; Abstr. #634]. Die 221 Patienten wurden randomisiert mit Pomalidomid als Monotherapie oder in Kombination mit niedrig dosiertem Dexamethason

behandelt. 34 % der Patienten sprachen auf das Zweierregime mit einer partiellen Remission an. Bei Pomalidomid-Monotherapie betrug die Responserate 13 %. Eine Tumorkontrolle, d. h. Stabilisierung oder Remission, wurde im Gesamtkollektiv bei 81 % der Teilnehmer erreicht. Doppelt refraktäre, d. h. auf Lenalidomid und Bortezomib refraktäre Patienten, sprachen zu 30 % auf dieses Regime an. Auch die Überlebensdaten der Pomalidomid/Dexamethason-Kombination wertete Richardson als bemerkenswert:

Das progressionsfreie Überleben betrug 4,7 Monate, das Gesamtüberleben 16,9 Monate, und für doppelt-refraktäre Patienten immerhin 3,9 bzw. 13,7 Monate. „Damit zeigt Pomalidomid eine vielversprechende Aktivität bei multipel vorbehandelten und doppelt refraktären Myelom-Patienten“, so Richardson. Vielversprechend ist auch das irreversibel an das Proteasom bindende Carfilzomib. Mit Carfilzomib würden in Kombination mit Lenalidomid (Revlimid®) und Dexamethason bei nicht vorbehandelten Patienten Remissionen erreicht, deren Qualität mit der Zeit noch zunehme, sodass die Rate mindestens sehr guter partieller Remissionen bis zu 100 % betrage, so Robert Z. Orlowski, Houston, TX/USA. **arn**

Journalisten-Workshop der International Myeloma Foundation im Rahmen des ASH-Meetings, am 12. Dezember 2011 in San Diego/Texas, USA; Veranstalter: Celgene

Kurz notiert

Geriatrische Onkologie: Antikörper auch bei älteren Frauen sicher und wirksam

Patientinnen mit Mammakarzinom profitieren auch im fortgeschrittenen Alter von zielgerichteten Therapieformen, wie der Gabe von Trastuzumab (Herceptin®) oder Bevacizumab (Avastin®). So zeigen beispielsweise altersspezifische Analysen, dass die Gabe von Trastuzumab auch bei älteren Frauen mit positivem HER2-Rezeptorstatus sicher und wirksam ist. „Der Patientennutzen des Antikörpers braucht nicht durch übermäßige Sicherheitsbedenken verloren gehen“, erklärte Etienne Brain, Saint-Cloud, Frankreich, im Rahmen des Kongresses der International Society of Geriatric Oncology (SIOG) im November 2011 in Paris. Brain bezieht sich auf große Phase-III-Studien, allen voran die Studien N9531 und NSABP B-31, in denen bei über 60-jährigen Patientinnen keine bedenklich erhöhte Kardiotoxizität durch die Zugabe beobachtet wurde. Aus den Daten der „Breast Cancer International Research Group“ (BCIRG) zieht Brain Hinweise darauf, wie die

adjuvante Therapie bei ++Seniorinnen mit Mammakarzinom aussehen soll: unter Verzicht auf ein Anthrazyklin. Die BCIRG-Studie dokumentiert dem Dreierregime bestehend aus Docetaxel, Carboplatin plus Trastuzumab (rCH, n=1.075) eine signifikant geringere Herzbelastung [Slamon D et al. N Engl J Med. 2011;365:1273–83] – dies im Vergleich zu den Kombinationen Doxorubicin, Carboplatin, Docetaxel (AC-T) sowie AC-T plus Trastuzumab. **db**

Nach Information von Roche

Bevacizumab für das Ovarialkarzinom zugelassen

Die europäische Arzneimittelbehörde EMA hat den Angiogenesehemmer Bevacizumab (Avastin®) im Dezember 2011 zugelassen für die Primärtherapie des fortgeschrittenen epithelialen Ovarialkarzinoms mit primärem Befall des Bauchfells oder der Eileiter in den FIGO-Stadien IIIB bis IV. Bevacizumab wird in der Dosierung 15 mg/kg alle drei Wochen ini-

tial zur Standardchemotherapie (sechs Zyklen Paclitaxel 175 mg/m² plus Carboplatin AUC 6) und anschließend kontinuierlich als Monotherapie über insgesamt 15 Monate oder bis zur Progression verabreicht. **sg**

Nach Information von Roche

Tumorbedingte Anämie: Neues Präparat zur Eisensubstitutionstherapie

Seit Oktober 2011 ist der Eisen(III)-hydroxid-oxid-citrat-Isomaltoligosaccharidalkohol-Hydrat-Komplex MonoFer® verfügbar zur Substitutionstherapie bei onkologischen Patienten ab 18 Jahren mit Eisenmangelanämie, wenn orale Eisenpräparate nicht wirksam sind oder nicht angewendet werden können, oder wenn klinisch die Notwendigkeit besteht, schnell Eisen zuzuführen. Die Substanz kann als Infusion von bis zu maximal 20 mg/kg Körpergewicht und maximal 1.000 mg Eisen oder als Injektion bis zu 200 mg Eisen gegeben werden. **sg**

Nach Informationen von Medice